

Contribution à l'Étude
des
Luxations Traumatiques Récidivantes
de la Rotule.
Leur Traitement
par la Capsulorrhaphie Interne

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jean GABRIELLE

Médecin Aide-Major de 2^e classe

TOULOUSE

E.-H. GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne librairie MARQUESTE

1920

**Contribution à l'Étude
des
Luxations Traumatiques Récidivantes
de la Rotule.
Leur Traitement
par la Capsulorrhaphie Interne**



THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 20 décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Jean GABRIELLE

Médecin Aide-Major de 2^{me} classe

TOULOUSE

E.-H GUITARD, LIBRAIRE-ÉDITEUR
Ancienne librairie MARQUESTE

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. LEPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.).
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LANNOIS.
Chimie biologique.....	ROCHET.
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVÉ-JOSSERAND.
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	VILLARD.
Thérapeutique.....	ARLOING (F.).
Pharmacologie.....	ÉTIENNE MARTIN
	COURMONT (P.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	BARRAL.
Accouchements.....	COMMANDEUR.
Embryologie.....	HOVELACQUE.
Anatomie topographique.....	PATEL.
Botanique.....	BRETIN.
Urologie.....	GAYET.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	CADE.	COTTE.	CORDIER.
COMMANDEUR.	GUILLEMARD.	DUROUX.	ROUBIER.
NOGIER.	GARIN.	HOVELACQUE.	FAVRE.
BRETIN.	SAVY.	TRILLAT.	MURARD.
LERICHE.	FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.
THÉVENOT (Léon).	THÉVENOT (Lucien).	FLORENCE.	GRAVIER, chargé des
TAVERNIER.	PIERY.	ROCHAIX.	fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. NOVÉ-JOSSERAND, Président; GAYET, Assesseur;
MM. TAVERNIER, et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Faible témoignage d'infinie
reconnaissance, de très profonde
et respectueuse tendresse.*

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

A Madame la Comtesse de LAUTHONNYE

*Qu'elle veuille bien trouver
ici l'expression de notre recon-
naissance pour l'affection qu'elle
n'a cessé de nous témoigner
depuis la première année de
guerre.*

MEIS ET AMICIS

A la Mémoire
de mes Camarades de l'Ecole de Service de Santé Militaire
et
du 232^e Régiment d'Infanterie
Tombés au Champ d'Honneur.

A mon Président de Thèse :
Monsieur le Professeur NOVÉ-JOSSERAND
Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile

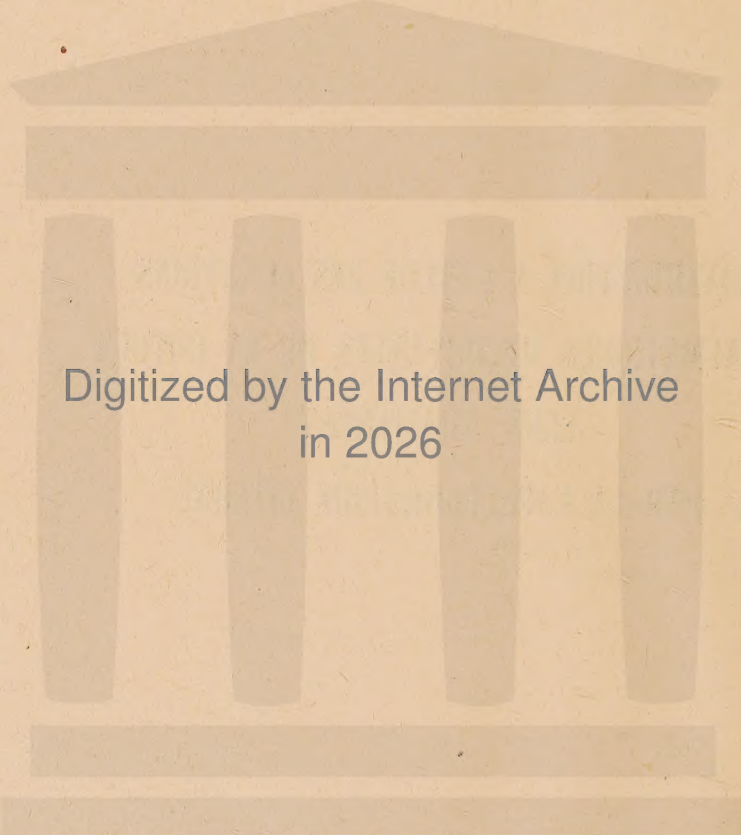
*Qu'il veuille bien accepter
ici, avec nos remerciements pour
l'honneur qu'il nous fait, l'hom-
mage de nos sentiments les plus
respectueux.*

A Monsieur le Docteur COTTE
Professeur Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

*qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, témoignage de notre
vive et respectueuse reconnais-
sance.*

A mes Maîtres Civils et Militaires

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES LUXATIONS
TRAUMATIQUES RÉCIDIVANTES DE LA ROTULE
LEUR TRAITEMENT
PAR LA CAPSULORRAPHIE INTERNE**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552303_0079

AVANT-PROPOS

Le pronostic des luxations de la rotule n'est pas toujours simple. Dans bien des cas, la jambe reste affaiblie, moins solide, mais souvent aussi la réparation de la déchirure capsulo-ligamenteuse, qui a permis à l'os de se déplacer, peut rester très imparfaite et laisser à sa suite une cicatrice trop large et extensible, le blessé est alors exposé aux récidives.

Dans les autres régions, les luxations traumatiques créent bien une prédisposition aux récidives; mais jamais au même degré qu'au niveau de la rotule. Si, d'une façon absolue, les luxations récidivantes de la rotule sont rares, il n'en est plus de même comparées avec le total des luxations traumatiques de cet os. Elles constituent alors un accident en somme assez banal.

Lorsqu'elles se reproduisent souvent, ces luxa-

tions finissent par entraîner des troubles fonctionnels sérieux et à marche progressive. Le blessé voit la force de son membre diminuer peu à peu, la marche devenir pénible, difficile; il perd toute assurance dans certains exercices, toute confiance dans sa jambe. Les luxations récidivantes de la rotule constituent donc une infirmité sérieuse et nécessitent un traitement précoce et actif.

Les traitements orthopédiques ont été souvent essayés, ils se sont montrés insuffisants. Nous allons voir, par contre, que par une intervention chirurgicale relativement simple, le plus souvent, on peut espérer des guérisons parfaites. Tout récemment, M. le professeur agrégé COTTE a opéré quatre luxations récidivantes de la rotule, et il a obtenu quatre beaux succès. Ce sont ces observations qu'il a eu la grande obligeance de nous communiquer qui serviront de base à notre modeste travail.

Nous n'envisagerons pas ici toutes les luxations récidivantes de la rotule. Nous bornerons notre étude aux LUXATIONS TRAUMATIQUES RÉCIDIVANTES. Nous laisserons de côté les luxations pathologiques et les luxation congénitales dans lesquelles les lésions osseuses, les malformation articulaires, soit acquises, soit héréditaires, jouent un rôle prépondérant dans le mécanisme de la luxation et nécessitent un traitement beaucoup plus complexe.

I

Si l'on se rapporte aux observations que nous relatons à la fin de ce travail, ou si l'on examine la série des observations, assez peu nombreuses d'ailleurs, qui ont été publiées sur cette question, un premier fait absolument frappant retient l'attention. C'est l'extrême fréquence du déplacement en dehors de la rotule, opposée à la rareté des luxations en dedans. *Les luxations récidivantes de la rotule sont donc toujours ou presque toujours des luxations externes.*

Nous ne nous occuperons que de ces dernières.

Partant de données anatomiques et physiologiques simples, nous allons, tout d'abord, essayer de montrer comment agissent les divers agents traumatiques pour entraîner la première luxation et les lésions qui paraissent indispensables pour que la rotule puisse abandonner sa situation normale. Il nous sera ensuite plus facile de saisir pourquoi et dans quelles conditions ces lésions non guéries peuvent favoriser de nouvelles luxations et nous pourrons enfin déduire de cette étude les principes fondamentaux du traitement à leur opposer.

DONNÉES ANATOMIQUES

Examinons donc successivement les os en présence et leurs moyens d'union.

La rotule est un os triangulaire à base supérieure et à sommet inférieur.

Sa face articulaire est la face postérieure (celle-ci n'est articulaire que dans ses $2/3$ supérieurs, la portion inférieure rugueuse appartient à la pointe). La portion articulaire est séparée en deux moitiés légèrement inclinées l'une sur l'autre, formant un angle ouvert en avant : la face externe un peu plus large, plus concave, la face interne presque plane.

Détail important : les bords de l'os ne sont pas comparables : bord externe étroit, bord interne plus épais, « véritable face en dos d'âne ».

Le fémur offre à la rotule une surface articulaire en forme de poulie avec deux facettes — l'externe plus large et plus saillante que l'interne — que sépare un sillon antéro-postérieur ou gorge. C'est la trochlée.

En bas, la poulie aboutit à l'échancrure intercondylienne sur la ligne médiane, tandis que de chaque côté, elle arrive aux condyles dont elle est séparée par les crêtes et rainures intercondylo-trochléennes.

Latéralement, les deux versants des condyles sont bien différents, convexe pour le condyle externe, concave pour le condyle interne.

Les moyens d'union, qui maintiennent en pré-

sence les surfaces articulaires sont constituées par des plans anatomiques nombreux. Ce sont :

La capsule articulaire : s'insérant tout autour du revêtement cartilagineux de la rotule et de la trochlée. Du côté fémoral, elle détermine une véritable rampe capsulaire (bien décrite par CHEVRIER) limitant avec le rebord cartilagineux une gouttière latéro-condylienne beaucoup plus marquée en dehors qu'en dedans.

En surface, la capsule est renforcée par deux petites lamelles transversales, allant des bords latéraux de la rotule à la face cutanée de chaque condyle et que l'on dénomme les *ailerons anatomiques* de la rotule.

Le tendon du quadriceps, épais, résistant, s'insérant à la base et aux côtés de la rotule et se continuant au delà de l'os, le *tendon rotulien* qui va s'implanter sur la tubérosité antérieure du tibia.

Par-dessus, les *expansions aponévrotiques des vastes*, s'entrecroisant au devant de la rotule et allant s'insérer sur la face antérieure du condyle tibial : condyle externe lorsqu'elles viennent du vaste interne; condyle interne lorsqu'elles viennent du vaste externe.

Et, au-dessus encore, l'*Aponévrose d'enveloppe* du membre, qui se renforce sur les côtés : en dehors par les fibres longitudinales du tenseur du *Fascia lata*, en dedans par les fibres du Couturier; et, en bas, où les tendons de ces muscles, essentiellement insérés à la tubérosité externe et à la face interne du tibia, échangent en plus des fibres arciformes formant hamac sous-rotulien.

Schématiquement, on peut donc représenter les moyens de fixité de la rotule comme une *croix de Saint-André* : sur la ligne médiane, tendon du quadriceps; latéralement, un complexe fibreux, désigné sous le nom d'*ailerons rotuliens* externe et interne et comprenant : aponévrose fémorale, expansions aponévrotiques des vastes, ailerons anatomiques et capsule articulaire.

Le véritable appareil contentif de la rotule, c'est le quadriceps. Mais considérez tendon du quadriceps, rotule et tendon rotulien, ils forment un tout au sein duquel la rotule se trouve située, comme un os sésamoïde, établissant une division purement topographique entre tendon du quadriceps et tendon rotulien, qu'il conviendrait mieux de dénommer : *tendon sus et sous-rotulien*. C'est bien, à juste titre, par conséquent, que certains auteurs ont pu dire que les luxations de la rotule ne sont que des luxations du tendon rotulien, comparables au déplacement des péroniers latéraux, par exemple, ou de certains muscles de l'avant-bras après déchirure du ligament annulaire.

Or, remarquez encore que quadriceps et tendon rotulien ne sont pas en ligne droite. Comme d'ailleurs la cuisse et la jambe, ils forment un angle obtus ouvert en dehors dont la rotule occupe le sommet. La contraction totale du muscle tendra donc à déplacer la rotule en dehors en effaçant l'angle en dehors que forme le muscle avec le tendon rotulien.

Les ailerons rotuliens, symétriquement placés de chaque côté du quadriceps et perpendiculaire-

ment à lui, semblent avoir pour mission de maintenir la rotule et de l'assujettir au devant de l'articulation fémoro-rotulienne.

De ces données anatomiques nous avons donc à en retenir ceci :

Le bord interne de la rotule, plus en saillie, est, par suite, plus exposé aux traumatismes.

Par contre, la proéminence de la lèvre externe de la trochlée explique, avec la moindre épaisseur du bord externe de la rotule, que celle-ci soit peu exposée aux traumatismes. Elle semble même, jusqu'à un certain point, jouer le rôle d'un contre-fort, destiné à arrêter l'action des violences extérieures qui peuvent atteindre le bord externe de l'os.

Mais que la rotule vienne à franchir ce rempart, et on comprend qu'elle soit entraînée dans la gouttière latéro-condylienne, sur la pente glissante du condyle externe et qu'elle vienne se caler dans la concavité que nous y avons signalée.

La situation de la rotule, englobée dans le tendon du quadriceps au sommet de l'angle obtus que forment le tendon sus et sous-rotulien, nous montre la tendance naturelle de cet os à se déplacer en dehors.

Les lésions, qui nous paraissent indispensables pour que la luxation puisse se produire, sont la déchirure ou l'allongement des ailerons rotuliens internes.

Nous comprenons que celles-ci puissent se produire, soit sous l'action d'un traumatisme direct

violent, agissant sur l'os (coup de pied de cheval, heurt de deux cavaliers venant en sens contraire, chute sur le genou, etc., etc.), soit sous l'influence d'une contraction exagérée du quadriceps à la suite d'un faux pas, par exemple.

DONNÉES PHYSIOLOGIQUES

L'étude rapide de la physiologie normale de l'articulation fémoro-rotulienne va nous permettre de saisir le mode d'action de ces causes directes ou indirectes et nous montrer qu'à la déchirure des ailerons rotuliens internes doivent s'ajouter parfois d'autres lésions, en particulier la rupture ou l'*allongement du tendon rotulien*.

La rotule, englobée dans le tendon du quadriceps, n'est pas toujours encastrée dans la glissière trochléenne.

Dans l'extension, le quadriceps étant relâché, elle est presque, en totalité, dans le creux sus-condylien.

Dans les mouvements de flexion, elle suit une marche descendante sur le fémur;

Dans la demi-flexion, elle descend rapidement la pente trochléenne. Au début, les surfaces ne se correspondent qu'incomplètement, la partie supérieure seule de la trochlée est en contact avec la partie inférieure de la face articulaire de la rotule. Il existe un moment où le contact est général, mais ce moment est très court, la rotule tirée en bas

cessé vite de répondre à la trochlée dans sa moitié inférieure.

Dans la flexion très marquée, la rotule s'enclave entre les condyles, elle ne repose sur la trochlée que par les quelques millimètres supérieurs de sa face articulaire, elle ponte l'hiatus fémoro-tibial.

Dans l'extension, la rotule est mobile latéralement dans le creux sus-trochléaire.

Dans la flexion de la jambe, la rotule s'enfonce bien comme un coin dans la gorge fémorale. Mais elle ne perd pas immédiatement ses mouvements de latéralité, du moins dans la demi-flexion où elle reste un peu mobile; mais, dans un seul sens de dedans en dehors. En même temps qu'elle descend, en effet, la rotule subit un léger mouvement de translation de dedans en dehors. Tant que ce mouvement n'est pas terminé, on peut imprimer à l'os quelques légers mouvements dans ce sens.

A partir de l'angle droit et jusqu'à la flexion forcée, la rotule n'est plus susceptible d'aucun mouvement dans aucun sens. Mais aussi, à partir de ce moment et par suite de la différence des rayons de courbure des condyles, l'axe de la jambe et celui de la cuisse se trouvent situés dans un même plan vertical. L'angle ouvert en dehors, qu'ils formaient en extension, a disparu et avec lui disparaît, par conséquent, une des meilleures causes de la luxation de la rotule en dehors.

Ces données physiologiques nous montrent donc que la position du membre n'est pas indifférente dans le mécanisme de la luxation.

Celle-ci peut se produire dans l'extension ou la demi-flexion.

Dans l'extension, la rotule étant libre au-dessus de la poulie condylienne, un traumatisme violent peut la déplacer en dehors, sectionnant en même temps ou arrachant ses attaches internes. Il suffit alors d'une très légère flexion de la jambe pour que la rotule soit entraînée par le quadriceps en dehors de la trochlée, sur la face externe du condyle (VOILLEMIER).

Les luxations peuvent se produire dans la demi-flexion : nous avons vu, tout à l'heure, que la rotule subissait, en même temps qu'un mouvement de descente, un mouvement de translation latérale de dedans en dehors. Une contraction anormalement violente du quadriceps peut rompre les ailerons rotuliens et exagérer ce mouvement en dehors. Mais pour que la rotule puisse sortir de sa gouttière, il faut que le tendon rotulien le lui permette, soit par son allongement, soit par sa rupture.

Or, si on relit les observations de luxations traumatiques de la rotule, luxations par traumatismes internes, on se rend compte que la contraction du quadriceps n'est pas seule en jeu. Le mécanisme de la luxation est complexe. La contraction musculaire n'agit que grâce à une attitude vicieuse, ayant pour effet de mettre le membre en rotation en dehors. Dans tous ces cas, il y a abduction plus ou moins marquée du membre, accompagnée de rotation en dehors, ou bien un mouvement de torsion imprimé par le corps, le pied étant fixé.

Exemples : torsion du pied par rapport au reste du corps, abduction forcée, faux pas.

En somme, ces traumatismes agissent par le mécanisme de l'entorse du genou et rétrospectivement on peut établir l'existence de cette entorse du genou par la gravité de l'hémarthrose qui a suivi l'accident. Dans quelques cas, il peut y avoir rupture du tendon rotulien, mais il ne semble pas nécessaire toujours que le tendon se déchire, il suffit que son insertion inférieure se porte en dehors, ce qui équivaut à un allongement.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES LUXATIONS TRAUMATIQUES RÉCENTES

Mais quelle que soit la cause, quel que soit son mode d'action, la lésion essentielle, capitale, des luxations traumatiques paraît être la déchirure plus ou moins grande, plus ou moins étendue du surtout fibreux périrotulien, des ailerons internes de la rotule.

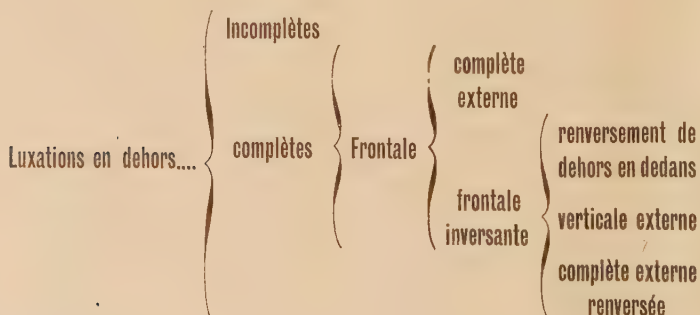
Dans certains cas, la déchirure partielle ou l'allongement du tendon rotulien peuvent venir s'y ajouter, nous avons vu que ce n'est pas toujours indispensable.

Les observations concernant les luxations traumatiques de la rotule n'apportent que très rarement des renseignements précis sur l'anatomie pathologique et pour cause : on est rarement conduit à opérer ces blessés. Si la réduction est difficile, quelquefois sans anesthésie, il n'en est plus de même dès que le blessé est endormi. La réduction

s'opère alors avec la plus grande simplicité, on voit souvent la rotule glisser sous la peau et reprendre sa place dans la gorge trochléenne sans qu'aucune manœuvre soit faite. Mais dans les cas, très rares, suivis d'intervention on trouve relatée cette déchirure des ailerons internes de la rotule, on a pu même constater, dans certaines occasions, que cette déchirure s'étendait jusqu'aux fibres du vaste interne.

Les mêmes faits ont été rapportés par ceux qui se sont livrés à des expériences sur le cadavre. Et nous renvoyons pour plus amples renseignements sur ce sujet à la thèse si importante de CHEVRIER.

Suivant la direction et la puissance du traumatisme, les lésions plus ou moins grandes qu'il détermine, suivant le degré de torsion du tendon du quadriceps, on peut observer des luxations plus ou moins complexes. Nous croyons encore ne devoir signaler qu'en passant cette diversité très grande des luxations externes et citer seulement la classification de CHEVRIER, qui les a particulièrement bien étudiées.



III

Ce sont les vestiges de ces mêmes lésions que l'on retrouve sur les blessés atteints de luxations traumatiques récidivantes. Les déchirures capsulo-ligamenteuses, parfois même musculaires, peuvent, en effet, ne pas se réparer, ou donner lieu à une cicatrice large, extensible, entraînant une insuffisance de contention souvent très grande de la rotule.

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que, la rotule, le tendon rotulien n'étant plus bridés latéralement par les ailerons rotuliens internes, la luxation tende à se reproduire sous l'influence d'un choc minime, ou à la suite d'une contraction un peu vive du quadriceps.

Les lésions des luxations récidivantes sont donc des lésions banales, ce sont celles des luxations récentes non guéries et, d'après ce que nous dit la physiologie articulaire, nous pouvons nous faire une idée de leur rôle dans la production des récidives.

Nous indiquerons tout à l'heure que les récidives se font le plus souvent à l'occasion de la mar-

che, d'un mouvement de flexion de la jambe, d'une position vicieuse. Or, nous avons vu qu'au début de la flexion du genou, la rotule se portait non seulement en bas, mais subissait un mouvement de translation latérale de dedans en dehors. La rotule n'étant plus maintenue en dedans, la luxation en dehors n'est, en somme, que l'exagération toute naturelle d'un phénomène normal. Il suffit, pour qu'elle se produise, d'une tension musculaire un peu forte (d'après l'observation IV, le blessé peut déterminer presque à volonté la subluxation de sa rotule; il n'a qu'à faire, la jambe solidement appuyée au sol, un mouvement de rotation en dehors sur le genou). Nous signalerons, dans un instant, l'attitude spéciale que prennent spontanément les blessés pour l'empêcher.

IV

Jusqu'ici, le mécanisme des luxations traumatiques récidivantes nous paraît assez simple et leurs lésions banales. Mais en est-il toujours ainsi ? Probablement non.

Il est à remarquer, tout d'abord, que toutes les luxations traumatiques ne sont pas fatalement suivies de récidives.

Bien plus, on observe parfois des lésions articulaires du genou énormes, dans lesquelles la luxation de la rotule paraît tout à fait secondaire, tellement les dégâts sont importants. Et cependant, ces lésions guérissent, la rotule reste ultérieurement à sa place normale,

Par contre, si l'on fouille le passé de certains malades atteints de luxations récidivantes, on est surpris de constater que le traumatisme initial, cause de la première luxation, a été des plus minimes. Et l'on est en droit de se demander comment il a pu déterminer la rupture de ces ailerons rotuliens, pourtant assez solides, rupture que nous avons précédemment déclarée être la condition *sine qua non* de la luxation. Si l'on interroge bien

ces malades, et ils sont parfois très affirmatifs, ils racontent que leur genou n'a jamais présenté de teinte ecchymotique, qu'il n'a pas augmenté sensiblement de volume après l'accident. Il ne s'est donc produit aucun épanchement intra-articulaire. Et la luxation réduite, ils ont pu se lever presque aussitôt et vaquer à leurs occupations sans ressentir la moindre gêne. On ne trouve donc plus trace ici de cette entorse du genou, qui nous paraissait, tout à l'heure, indispensable pour expliquer le mécanisme des luxations traumatiques récentes.

Il est certain que ces cas sont fort embarrassants, surtout lorsqu'après un examen clinique approfondi, minutieux, lorsqu'après radiographie on n'a trouvé aucune lésion du squelette, soit congénitale soit acquise, montrant une prédisposition particulière du sujet à la luxation.

Il faut se rappeler alors que le genou est une des régions où les malformations congénitales sont des plus fréquentes. Sans croire, comme certains auteurs, nombre d'orthopédistes en particulier, que toutes les luxations récidivantes sont des luxations congénitales, nous pensons qu'il est délicat parfois de définir si la luxation récidivante est traumatique ou congénitale. Des déformations congénitales légères peuvent passer inaperçues, même à la radiographie et cependant expliquer que des luxations puissent survenir à l'occasion d'un traumatisme léger et sans les lésions anatomopathologiques que nous avons décrites comme constantes. On peut concevoir :

Que la liberté laissée par un aileron très lâche peut permettre une luxation sans rupture ligamenteuse.

Qu'un allongement congénital du tendon rotulien peut laisser s'effectuer certains déplacements que nous avons déclarés impossibles sans torsion du genou.

Un léger aplatissement de la lèvre externe de la trochlée existe-t-il et celle-ci ne forme plus arrêt pour la rotule.

Si la rotule n'est pas atrophiée au point que cela soit nettement visible, elle peut avoir perdu ses saillies normales, avoir une forme plus globuleuse, ce qui lui permet de se mobiliser plus facilement que de coutume.

Dans quelques cas, le blessé peut présenter un léger degré de *genu valgum*, condition éminemment favorable à la luxation. Mais cette déformation existait-elle avant le traumatisme, a-t-elle été la cause importante, favorisante de la luxation; ou s'est développée dans la suite, à la faveur des lésions faites par le traumatisme ? Les deux thèses peuvent se soutenir et il est impossible, le plus souvent, de se prononcer et d'affirmer laquelle des deux malformations a entraîné l'autre, surtout si elles n'ont été constatées qu'assez tard dans la vie.

On voit donc que de nombreux facteurs prédisposants peuvent intervenir dans les luxations récidivantes de la rotule, en dehors des causes traumatisantes proprement dites. Du reste, dans tous les genoux avec lésions congénitales, la luxation tend à devenir permanente.

Les malformations congénitales du genou étant si fréquentes, il faut toujours les rechercher avec la plus grande attention. Des lésions très discrètes peuvent être grosses de conséquences. Quand on ne les trouve pas, il faut les soupçonner tout de même, surtout si l'histoire de la maladie minutieusement étudiée montre la disproportion entre le traumatisme initial et les lésions. On devra rechercher avec soin, chez le malade, la coexistence d'autres malformations, savoir l'interroger sur ses antécédents et lui demander si quelques-uns des membres de sa famille ne sont pas porteurs de tares congénitales.

Dans tous ces cas, on pensera que les lésions peuvent être plus complexes que nous ne l'avons dit précédemment, aussi devra-t-on apporter le plus grand soin dans le traitement restaurateur.

V

Si nous avons attaché un grand intérêt à la recherche des lésions, par contre, nous ne nous attarderons pas à décrire les symptômes des luxations récidivantes de la rotule. Ce sont les mêmes que ceux des luxations récentes, mais moins accusés. Ils sont bien décrits dans la plupart des ouvrages et ils sont tellement nets que le diagnostic de la luxation de la rotule ne souffre aucune difficulté. Les malades le font eux-mêmes. Reconnaître la variété de la luxation est seulement parfois un peu plus délicat, mais guère plus.

Beaucoup plus intéressante est la marche de cette affection. Les luxations récidivantes de la rotule s'observent surtout chez des individus jeunes, actifs, se livrant à des exercices violents.

Il est bien difficile d'établir si elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes.

Les récidives peuvent se produire dans les quelques mois ou quelques années qui suivent le traumatisme. Elles peuvent se manifester quelquefois très tard, dix, quinze ans après. Mais généralement elles s'observent six mois ou un an après le premier traumatisme.

Tantôt, elles suivent un traumatisme d'une certaine importance, tantôt et le plus souvent elles succèdent à un choc insignifiant, à une position vicieuse, ou même à une simple contraction musculaire.

Le nombre des récidives est variable. Certaines observations en citent de une à cinq, se produisant à des intervalles plus ou moins éloignés. Mais, dans certains cas, elles sont beaucoup plus fréquentes. L'intervalle de temps entre chacune d'elles va généralement en diminuant. Le traumatisme occasionnel est de plus en plus léger et après un certain nombre de récidives, une contraction musculaire un peu violente du quadriceps, le moindre faux pas suffisent pour amener le déplacement de la rotule. Les récidives sont donc d'autant plus faciles qu'elles se reproduisent plus souvent. Elles peuvent même devenir incessamment récidivantes et méritent bien alors le nom de *luxations habituelles*. Si nous nous rapportons à nos observations nous constatons que le blessé de l'observation II a présenté 4-5 récidives en 6 mois; celui de l'observation III plusieurs récidives par mois; celui de l'observation I voyait sa luxation se reproduire tous les jours; le blessé de l'observation IV pouvait déterminer presque à volonté sa luxation.

Comme les luxations récentes, auxquelles elles succèdent, les récidives peuvent, elles aussi, présenter plusieurs degrés. Signalons cependant que les luxations verticales et les luxations par renver-

sement sont rares. Les luxations complètes et incomplètes sont plus souvent signalées. Mais :

Tantôt les récidives se font sous la forme et le degré de la luxation primitive, elles sont dites : « *homéomorphes* ».

Tantôt elles sont « *hétéromorphes* », c'est-à-dire que l'on peut observer des formes progressives et des formes régressives.

Dans les formes régressives, rares, le degré de la luxation est moindre. Nous en rapportons un cas observation IV.

Dans les luxations progressives, la récidive est de un ou quelques degrés plus avancée que la luxation primitive. Certains malades semblent avoir eu des luxations incomplètes qui ont récidivé en luxations complètes.

D'autre part, si les obstacles à l'aller sont diminués par les lésions minimales qui, chaque fois, s'ajoutent aux anciennes, le retour se fait aussi plus aisément. Si le médecin fut nécessaire pour les premières réductions, les malades suffisent d'ordinaire à exécuter les suivantes.

Ce qui les inquiète et les pousse à venir consulter le médecin ce ne sont donc plus les luxations elles-mêmes, mais les *troubles fonctionnels*, qui ne manquent pas de se manifester tôt ou tard.

Lorsqu'elles sont très répétées, ces récidives finissent, en effet, par entraîner des troubles sérieux. La rotule se laissant déplacer sous l'influence d'un faux mouvement, d'une contraction musculaire, certains malades perdent toute assurance dans certains exercices, toute confiance dans leur

jambe. Ils se plaignent presque toujours d'une notable diminution de la force de leur membre. La marche est possible, à la condition d'être lente, mais toujours pénible, sans doute à la condition des efforts qu'ils sont obligés de faire ou de l'attitude spéciale qu'ils sont obligés de prendre pour empêcher la rotule de se luxer. Ils ont souvent l'habitude, comme le blessé de l'observation IV, de marcher le genou raide, contracté, pointe du pied tournée en dedans. Certains d'entre eux portent des genouillères rigides. Ils se fatiguent vite, ne peuvent faire de longs parcours d'une seule haleine. La marche rapide est difficile, la course impossible, de même et surtout la montée ou la descente d'un escalier, celle-ci devenant parfois périlleuse. Bien que connues des malades, en effet, ces luxations peuvent, de temps en temps, les surprendre. Une contraction plus rapide et plus forte du quadriceps peut produire la luxation d'une façon un peu plus hâtive ou lui faire dépasser son degré habituel. Il en résulte des chutes fréquentes, d'où des accidents parfois sérieux suivant les conditions de la chute.

Et ces troubles n'ont aucune tendance à l'amélioration spontanée. Au contraire, les désordres vont toujours croissant. Ils peuvent aboutir à des accidents douloureux, des malformations secondaires peuvent se produire, comme un certain degré de *genu valgum*. Les muscles s'atrophient lentement, mais un peu plus après chaque récurrence. Enfin, des poussées d'arthrite soit sèche, soit ac-

compagnée d'hydarthrose assombrissent parfois le pronostic.

Fréquence de plus en plus grande des récidives, désordres de plus en plus prononcés, impotence fonctionnelle de plus en plus grande, tels sont les caractères de ces luxations récidivantes.

Elles entraînent à la longue une infirmité sérieuse. Elles méritent un traitement précoce et actif.

VI

TRAITEMENT

Il n'est pas question de décrire ici les divers procédés de réduction des luxations de la rotule. Nous avons vu que les luxations récidivantes se réduisent, le plus souvent, avec la plus grande facilité. Dans la plupart des cas, les malades eux-mêmes saisissent la rotule avec leurs doigts et la remettent dans sa position normale; ils connaissent aussi le mouvement qu'ils doivent imprimer à leur membre pour faciliter la réduction.

Ce qu'il nous importe de connaître, c'est de savoir comment maintenir la réduction.

LES TRAITEMENTS ORTHOPÉDIQUES, en particulier le port de genouillères rigides, plus ou moins compliquées, limitant les mouvements normaux du genou, ont été essayés. Tous ces appareils se sont montrés insuffisants pour empêcher la récurrence. Bien plus, s'ils sont trop serrés, ils sont mal

supportés et amènent de l'atrophie musculaire. S'ils se relâchent, ils n'ont plus aucune action. Ils sont toujours plus ou moins incommodants pour les malades, car ils les obligent à marcher le genou raide. On ne saurait donc les employer que si le blessé refuse une intervention chirurgicale.

Par contre, PAR UN TRAITEMENT CHIRURGICAL relativement simple, on peut espérer d'heureuses guérisons.

Celui-ci cherchera à combattre non seulement les effets de la luxation comme tout à l'heure, mais aussi et surtout ses causes. Un traumatisme a rompu les attaches qui maintenaient la rotule, les déchirures capsulo-ligamenteuses ne se sont pas réparées ou ont laissé une cicatrice trop lâche, le chirurgien doit s'efforcer de réparer les dégâts produits et essayer de rétablir l'équilibre articulaire.

Nous avons vu que dans les luxations traumatiques récidivantes, les lésions portent principalement sur le surtout fibreux rotulien interne et accessoirement sur le tendon rotulien qui peut être partiellement déchiré dans certaines occasions. C'est à la restauration de ces ailerons rotuliens internes rompus ou étirés que l'on devra s'appliquer.

Dans quelques cas, les lésions paraissent bien devoir être un peu plus complexes; mais, ici, comme précédemment, les surfaces osseuses ne présentent rien d'anormal ni cliniquement ni radiographiquement. Devra-t-on faire plus, devra-t-on toucher au squelette ? On ne voit pas bien ce

que l'on pourrait faire sur les os sans indications opératoires précises. On s'exposerait, il nous semble, à être plus nuisible qu'utile aux malades. Ici encore on devra, tout d'abord, au moins tenter le maintien de la réduction en s'adressant aux parties molles seules.

Plusieurs méthodes opératoires ont été proposées. Nous allons les passer en revue (quelques-unes ont été décrites à propos des luxations congénitales, elles servent alors de complément aux opérations qui portent sur les os, celles-ci, dans ce cas, passant au premier plan).

L'EXCISION ELLIPTIQUE DE LA CAPSULE EN DEDANS (BAJARDI)

Au devant du condyle interne, incision verticale intéressant le tissu cellulaire et une partie des fibres du vaste interne, ouverture de la capsule fibreuse articulaire dont les bords sont saisis par des pinces de KOCHER; excision de chaque côté de 2 à 3 cent. de tissu fibreux. Surjet capsulaire.

CAPSULORRAPHIE OU MÉTHODE DU PLISSEMENT CAPSULAIRE CONSEILLÉE PAR LE DENTU ET PLUS TARD PAR LEGUEU

Ce procédé consiste, après une incision longitudinale de la peau à la partie interne du genou, à

ramener en dedans le plus possible de la capsule relâchée, de façon à former un fort pli longitudinal, qui diminuera beaucoup les dimensions de la capsule, afin de mieux maintenir la rotule et l'empêcher de se déplacer du côté externe. On fixe le pli par quelques points de fil non résorbable passés en capiton, de façon à adosser solidement à eux-mêmes les deux replis dont est formé le soulèvement de la capsule.

CHEVRIER a légèrement modifié la technique opératoire. Après avoir déterminé le pli capsulaire par quelques points en capiton, il le rabat sur une de ses faces et fait, tout le long de sa crête, un surjet qui le fixe aux tissus fibreux périrotuliens, de telle façon que les deux faces cruentées entrent en coalescence. Ainsi, le pli sera fixé dans toute sa largeur. Il sera donc plus solide et plus durable.

Il est préférable d'inciser la capsule, au lieu de la plisser simplement, et de rapprocher les bords cruentés qui se souderont et donneront ainsi une cicatrice plus solide. Mais cette incision doit, dans tous les cas, respecter la synoviale pour éviter toute réaction de cette séreuse, réaction qui pourrait entraîner des suites opératoires longues et fâcheuses.

Les sutures pourront être faites avec des fils résorbables (catgut), comme dans les trois premières observations que nous rapportons, ou bien avec des fils non résorbables (crins de Florence), comme dans l'observation IV.

La simplicité du procédé permet l'opération sous *anesthésie locale*.

En dehors de quelques cas d'ordre général, les

contrindications ne se posent pas et le refus seul du blessé peut empêcher l'intervention.

TRANSPLANTATION INTERNE DU LIGAMENT ROTULIEN

1° A l'excision capsulaire ou à la capsulorraphie on peut associer la transposition en dedans du tendon rotulien selon la méthode de ROUX : on détache du tibia, avec l'ostéotome de MACEWEN le ligament rotulien en ménageant à son extrémité inférieure la continuité avec le périoste très épais à cet endroit et on transporte ce copeau périostique un peu en dedans à travers une dénudation faite au périoste. On assure la coaptation de ce tendon par deux clous en acier et on suture les bords au périoste tibial avec du catgut.

2° BÉRARD, DELLA VEDOWA, HUBSCHER. — Après section verticale du tendon rotulien, fixent la moitié interne du ligament sur le condyle interne fémoral, de façon à renforcer l'appareil ligamentaire interne insuffisant.

3° D'autres essayent de renforcer la capsule en s'adressant aux tendons du droit interne ou du demi-membraneux. HEUSNER, LANZ, HOFFA suturent les tendons du droit interne ou du demi-membraneux à la partie inférieure du tendon quadriceps.

4° ALI, KROGIUS fait passer en pont du côté externe de la rotule une bandelette taillée verticalement dans la partie inférieure du vaste interne et de la capsule, formant ainsi une anse qui maintient la rotule.

De tous ces procédés lequel retenir comme pro-

cédé de choix pour les luxations traumatiques récidivantes? Notre préférence va à la *capsulorrhaphie par plissement interne*. Ce procédé est d'une simplicité extrême; il ne nécessite pas l'ouverture de la synoviale articulaire; il s'attaque aux lésions qui nous paraissent essentielles, à savoir le relâchement des couches aponévrotiques internes; il crée un renforcement de la partie interne faible de la capsule.

Les quatre malades dont nous rapportons les observations présentaient des luxations traumatiques récidivantes vraies : traumatisme sérieux à l'origine : chute violente, jambe fléchie, coup de barre de fer sur le côté externe du genou — première luxation accompagnée de réaction articulaire nette — examens clinique et radiographique ne décelant pas la moindre tare congénitale, soit musculaire, soit osseuse. Tous ces malades ont été traités par la capsulorrhaphie par plissement interne. Tous ont guéri et les nouvelles récentes reçues d'eux nous permettent de supposer que la guérison sera définitive.

Nous serions moins affirmatifs sur l'efficacité de la méthode dans ces cas de luxations récidivantes traumatiques douteuses dont nous avons parlé : disproportion trop grande entre le traumatisme initial auquel le malade rattache la première luxation et la lésion elle-même, — absence de réaction articulaire nette après ce traumatisme, — coexistence chez le malade de tares congénitales. Il est fort possible qu'alors la capsulorrhaphie se montre insuffisante. Et si nous nous trouvions un jour en

présence d'un cas de cette nature peut-être associerions-nous à la capsulorrhaphie l'un des procédés complémentaires que nous avons signalés. La transposition en dedans du tendon rotulien, suivant la méthode de Roux, nous paraît une opération à la fois simple et rationnelle. Elle efface l'angle ouvert en dehors que forment tendon sus et sous-rotulien et vise, par conséquent, à la suppression d'une des causes importantes de luxation de la rotule. C'est à elle que nous aurions recours le plus volontiers.

Ajoutons, en terminant, que le traitement post-opératoire ne devra pas être négligé : le massage, l'électrisation des muscles concourent, pour une grande part, au rétablissement de la fonction. Il faut savoir les employer à propos.

VII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Ducl... (Clovis) entre à l'hôpital Desgenettes, le 21 mars 1919, pour une luxation récidivante de la rotule droite.

En décembre 1917, le malade a fait une chute, la jambe en flexion forcée, et il n'a pu se relever. A la suite, il a eu de l'hydarthrose du genou, qui a été traitée par des massages. En mars 1918, le blessé, en descendant un escalier, s'est de nouveau luxé la rotule. L'épanchement consécutif a été ponctionné, puis on a fait des massages du genou. En octobre, troisième luxation, qui a été soignée par des pointes de feu.

A l'entrée, le malade se plaint d'un point douloureux sur le côté interne de l'épiphyse supérieure du tibia. Il dit que sa luxation se reproduit actuellement presque tous les jours, la jambe à ce moment se met en flexion

et en rotation externe. A l'examen, on note une grande laxité de la rotule qu'on arrive jusqu'à luxer avec la main sur le côté externe du fémur. Légère hydrarthrose du genou avec quelques mouvements de latéralité.

Intervention le 2 avril 1919 (aide, M. CHARRAT). Arthrotomie latérale interne. Capsulorrhaphie au catgut.

Suites immédiates simples. Au quinzième jour, le blessé se lève et commence à marcher.

Le 20 mai 1920, le blessé écrit qu'il va tout à fait bien.

OBSERVATION II

Ch. Raphaël, entré à l'hôpital Desgenettes le 25 mai 1919 pour une luxation récidivante de la rotule.

En janvier 1918, le blessé fait une chute dans un escalier. Il s'est trouvé à terre, la jambe fléchie et bloquée à angle droit sur la cuisse, la rotule déplacée en dehors, sur la face externe du condyle fémoral, par un choc brusque; il a pu réduire lui-même cette luxation, mais la marche étant impossible et le genou tuméfié, il fut hospitalisé dans un hôpital auxiliaire où on l'immobilisa deux mois dans un appareil plâtré.

Depuis six mois, cette luxation s'est reproduite quatre ou cinq fois spontanément, sans qu'un traumatisme soit nécessaire pour cela, et le malade demande à être débarrassé de cette infirmité.

A l'examen, le genou est augmenté de volume. Atrophie musculaire légère. Dans le genou, il y a un peu de liquide. La rotule est excessivement mobile dans le

sens latéral et, à la main, on arrive à la faire ressauter sur le bord du condyle.

28 mai 1919. — Intervention. Capsulorraphie interne longitudinale sans ouverture de la synoviale (aide : M. CHARRAT).

Le 27 juin, on note que la marche est facile et non douloureuse. La luxation de la rotule ne s'est pas reproduite; à l'examen, d'ailleurs, la laxité constatée avant l'intervention ne s'est pas reproduite. La flexion du genou n'est pas encore complète.

Le 15 septembre, le blessé, retour de convalescence, est renvoyé à son corps. La guérison s'est maintenue.

OBSERVATION III

Bert... Joanny, 23 ans, vint à l'hôpital Desgenettes le 11 mai 1919, pour une luxation récidivante de la rotule. L'accident initial remonte au 28 septembre 1918; le malade est tombé la jambe fléchie sous la cuisse et en rotation externe et s'est luxé la rotule. Le 30 décembre, nouvelle luxation, suivie dans les mois suivants de nombreuses récidives.

Actuellement, on constate une laxité considérable de la rotule; qu'on arrive jusqu'à luxer à la main sur le condyle externe.

14 mai 1919. — Capsulorraphie interne par doublement sans ouverture de la synoviale.

Suites immédiates simples. Guérison. A écrit récemment qu'il allait très bien.

OBSERVATION IV

Dem... Jean est hospitalité d'urgence à l'hôpital Desgenettes le 11 avril 1920 pour une luxation de la rotule. Il s'agit d'une luxation récidivante. L'accident initial remonte à 1911. Le blessé a reçu, sur le côté externe du genou, une barre de fer qui l'a projeté à terre : il est tombé la jambe fléchie, le genou dévié en dehors. Il y avait, à ce moment, une luxation de la rotule, qui a été réduite par un médecin. Immobilisation pendant quarante jours.

Depuis cette époque, le blessé a eu fréquemment de nouvelles luxations : une seule fois (26 octobre 1918), il s'est agi d'une luxation complète; les autres fois, il s'agit de luxations incomplètes, dans lesquelles la rotule s'accroche seulement sur le bord du condyle externe mais revient spontanément à sa place. Le blessé peut déterminer presque à volonté cette subluxation; il suffit que, la jambe solidement attachée au sol, il fasse un mouvement de rotation en dehors sur le genou. A certains moments, cette luxation se reproduit presque continuellement et le blessé a pris l'habitude de marcher le genou raide, contracté pour l'éviter et demande même une genouillère rigide pour éviter cet accident.

L'examen du genou ne montre rien de particulier, à part une laxité énorme de la rotule dans le sens transversal. Il n'y a pas d'hydarthrose; la radiographie est négative.

Le 22 avril 1920, capsulorraphie interne par doublement. Suture de la capsule au crin de Florence.

Suites immédiates simples. Guérison (cas récent).
Sans préjuger le résultat éloigné, il faut faire remar-
quer que le blessé a la sensation d'avoir une rotule
moins relâchée que du côté opposé.

Le 10 août 1884, à 10 heures, le blessé est admis à l'hôpital.
Il est âgé de 35 ans, marié, cultivateur. Il a été blessé le 27
juillet, à 10 heures, par un coup de fusil. Le projectile a pénétré
dans la rotule, à 10 centimètres de la base, et a traversé le
tibia. Le blessé a été transporté à l'hôpital, où il a été admis
à 10 heures. Le diagnostic est : fracture de la rotule, fracture
du tibia. Le traitement est : immobilisation dans un appareil
à crochets. Le blessé est admis à l'hôpital, où il a été admis
à 10 heures. Le diagnostic est : fracture de la rotule, fracture
du tibia. Le traitement est : immobilisation dans un appareil
à crochets.

Le 10 août 1884, à 10 heures, le blessé est admis à l'hôpital.
Il est âgé de 35 ans, marié, cultivateur. Il a été blessé le 27
juillet, à 10 heures, par un coup de fusil. Le projectile a pénétré
dans la rotule, à 10 centimètres de la base, et a traversé le
tibia. Le blessé a été transporté à l'hôpital, où il a été admis
à 10 heures. Le diagnostic est : fracture de la rotule, fracture
du tibia. Le traitement est : immobilisation dans un appareil
à crochets. Le blessé est admis à l'hôpital, où il a été admis
à 10 heures. Le diagnostic est : fracture de la rotule, fracture
du tibia. Le traitement est : immobilisation dans un appareil
à crochets. Le blessé est admis à l'hôpital, où il a été admis
à 10 heures. Le diagnostic est : fracture de la rotule, fracture
du tibia. Le traitement est : immobilisation dans un appareil
à crochets.

Le 10 août 1884, à 10 heures, le blessé est admis à l'hôpital.
Il est âgé de 35 ans, marié, cultivateur. Il a été blessé le 27
juillet, à 10 heures, par un coup de fusil. Le projectile a pénétré
dans la rotule, à 10 centimètres de la base, et a traversé le
tibia. Le blessé a été transporté à l'hôpital, où il a été admis
à 10 heures. Le diagnostic est : fracture de la rotule, fracture
du tibia. Le traitement est : immobilisation dans un appareil
à crochets.

Le 10 août 1884, à 10 heures, le blessé est admis à l'hôpital.
Il est âgé de 35 ans, marié, cultivateur. Il a été blessé le 27
juillet, à 10 heures, par un coup de fusil. Le projectile a pénétré
dans la rotule, à 10 centimètres de la base, et a traversé le
tibia. Le blessé a été transporté à l'hôpital, où il a été admis
à 10 heures. Le diagnostic est : fracture de la rotule, fracture
du tibia. Le traitement est : immobilisation dans un appareil
à crochets.

VIII

CONCLUSIONS

Les luxations traumatiques de la rotule s'accompagnent fréquemment de récides.

Comme les luxations récentes, les luxations récidivantes sont presque toujours des luxations externes.

Les lésions sont banales, ce sont celles des luxations récentes non guéries. Seule la marche de l'affection est un peu spéciale. — Les récides se reproduisent à l'occasion d'un traumatisme insignifiant, d'une simple contraction musculaire.

Elles peuvent devenir très fréquentes et entraîner, à la longue, des troubles fonctionnels graves. ceux-ci n'ont aucune tendance à l'amélioration spontanée, les désordres vont toujours croissant. Les luxations récidivantes constituent une infir-

mité sérieuse et nécessitent, par conséquent, un traitement précoce et actif.

Les traitements orthopédiques sont manifestement insuffisants et se montrent toujours gênants pour le blessé, car une genouillère l'oblige à marcher le genou raide.

Par contre, par un traitement chirurgical simple, et nous donnons notre préférence à la *capsulorrhaphie interne par plissement*, on peut espérer des résultats constants et durables. La simplicité du procédé permet l'opération sous anesthésie locale, et, en dehors de quelques rares cas d'ordre général, les contrindications ne se posent pas, le refus seul du blessé doit empêcher l'intervention.

Ce traitement, toutefois, n'est applicable qu'aux cas dont l'origine est exclusivement traumatique, car ceux dans lesquels la récurrence est due à une malformation congénitale, nécessitent des interventions plus complexes.

VU : POUR LE DOYEN,
L'ASSESEUR, Jean LÉPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
NOVÉ-JOSSERAND.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 2 décembre 1926.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AGNÉSI. — Thèse Paris, 1901.

BAJARDI. — *Archivio di ortop.*, 1894.

BÉCARD. — Société de Chir. de Lyon, 19 mai et 10 novembre 1904.

BÉREAUX. — Thèse Paris, 1894.

BERGER. — *In Dict. Dechambre*; art. rotule.

BERTIN. — Les articulations à ressort (subluxations volontaires intermittentes des articulations), *Revue de Chir.*, 10 juin 1914.

BULLINGER-MÜLLER. — *Revue d'orthopédie*, janvier 1906.

CAHIER. — *Traité de chir.* de Le Dentu et Delbet, article luxat. de la rotule.

CHEVRIER. — Thèse Paris, 1904-1905.

CONDAMIN. — *Lyon Médical*, 1888.

DELLA-VEDOVA. — *Archiv. di ortopedia*, Milano, 1902.

DUPIC. — Thèse Paris, 1905.

DUPLAY. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1870. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1860.

DURAND. — Société de Médecine de Lyon, juin 1907.

GUÉRIN. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1842. — *Gaz. Médicale*, 1841.

HAMILTON. — *Traité des luxations*. Traduct. Poinsat.

HOFFA. — *Orthop. chirurgie*, 1891. — *Arch. G. Klin. Chir.*, t. LIX.

KIRMISSON. — *Traité des malad. chir. d'origine congénitale*. Paris, Masson, 1898, p. 587. — *Les difformités acquises de l'appareil locomoteur*. Paris, Masson, 1902.

LE DENTU. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1894. — *Sem. méd.*, 1894.

LEGUEU. — *Leçons de clin. chir.*, Paris, Alcan, 1902.

MALGAIGNE. — *Traité des fract. et des luxations*, 1836. — *Gaz. méd. de Paris*, 1836.

OLLIER. — *Lyon Médical*, 30 septembre 1888.

PHILIPPE. — Thèse Nancy, 1908.

PONCET. — In th. Gallet., Lyon, 1900.

POTEL. — Thèse Lille, 1897. — *Echo Méd. du Nord*,
août 1897.

RICOULLEAU. — Thèse Paris, 1901.

RUDLER. — Thèse Lyon, 1904-1905.

VINCENT. — Séance du 19 mai 1904, Société de Chir. de
Lyon.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
I. — Données anatomiques et physiologiques	9
II. — Anatomie pathologique des luxations traumatiques récentes.	19
III. — Anatomie pathologique des luxations traumatiques récidivantes.	21
IV. — Existence de prédispositions congénitales	23
V. — Evolution des luxations récidivantes de rotule.	27
VI. — Traitement.	33
VII. — Observations.	41
VIII. — Conclusions.	47
Index bibliographique.	49

TOULOUSE

E.-H. GUITARD, Libraire-Editeur
Ancienne Librairie Marquese

—
1920



